



PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ số:

Bên mua bảo hiểm:

| | |
|----|------------------------|
| 1. | Tôi tên là: |
| 2. | Số CMND: |
| 3. | Địa chỉ liên lạc: |
| 4. | Số điện thoại: E-mail: |

5. Với tư cách là:

- Bên mua bảo hiểm Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm
 Người thi hành di chúc của bên mua bảo hiểm Khác:
(vui lòng ghi rõ quan hệ với Bên mua bảo hiểm)

Đề nghị công ty Prudential giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo điều khoản của hợp đồng bảo hiểm nhân thọ nêu trên.

Thông tin chi tiết về sự kiện bảo hiểm (SKBH): (vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp)

- Tử vong Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn Thương tật do tai nạn

xảy ra đối với:

- Người được bảo hiểm Người được bảo hiểm từ bỏ thu phí Người được bảo hiểm bổ sung

- Họ và tên người xảy ra SKBH:
Ngày sinh:/...../..... Số CMND/ Giấy khai sinh:
- Ngày tử vong/ ngày xảy ra SKBH:..... tại:.....
- Nguyên nhân tử vong (vui lòng mô tả chi tiết):.....
- Tình trạng thương tật (vui lòng mô tả chi tiết):

Đánh dấu vào ô tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm nếu có tham gia sản phẩm **Phú – Tâm An**

Thương tật vĩnh viễn (nộp kèm Chứng nhận phẫu thuật)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mất cả hai tay | <input type="checkbox"/> Mất cả hai chân | <input type="checkbox"/> Mất cả hai mắt |
| <input type="checkbox"/> Mất một tay và một chân | <input type="checkbox"/> Mất một tay và một mắt | <input type="checkbox"/> Mất một chân và một mắt |
| <input type="checkbox"/> Mất một tay | <input type="checkbox"/> Mất một chân | <input type="checkbox"/> Mất một mắt |
| <input type="checkbox"/> Mất một ngón tay cái | <input type="checkbox"/> Mất một ngón tay | <input type="checkbox"/> Mất một ngón chân |
| <input type="checkbox"/> Mất tất cả các ngón trên một bàn tay | | |

Chấn thương cơ quan nội tạng (nộp kèm Phim X quang, Chứng nhận phẫu thuật, kết quả xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT, MRI - nếu có)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vỡ lách | <input type="checkbox"/> Vỡ gan | <input type="checkbox"/> Vỡ tuyến tụy |
| <input type="checkbox"/> Rách hoặc đứt niệu đạo | <input type="checkbox"/> Rách thành bàng quang | <input type="checkbox"/> Đứt niệu quản |
| <input type="checkbox"/> Chấn thương hai thận | <input type="checkbox"/> Thủng dạ dày hoặc ruột non hoặc đại tràng | |
| <input type="checkbox"/> Tràn khí màng phổi, hoặc tràn máu màng phổi do chấn thương từ bên ngoài | | |
| <input type="checkbox"/> Rách vỏ thận, vỡ thận, rách lớp vỏ thận, đứt chỗ nối giữa bể thận - niệu quản, huyết khối động mạch thận | | |

Gãy xương (nộp kèm Phim X- quang)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gãy xương cổ tay | <input type="checkbox"/> Gãy xương khuỷu tay | <input type="checkbox"/> Gãy xương mắt cá chân |
| <input type="checkbox"/> Gãy xương sườn | <input type="checkbox"/> Gãy xương ức | <input type="checkbox"/> Gãy xương đòn |
| <input type="checkbox"/> Gãy xương chậu | <input type="checkbox"/> Gãy xương cụt | <input type="checkbox"/> Gãy xương khác..... |
| <input type="checkbox"/> Gãy xương cột sống (ngoại trừ xương cụt) | | |
| <input type="checkbox"/> Gãy một hoặc nhiều xương ở chân (xương đùi, xương bánh chè, xương chày và xương mác) | | |

- Gãy một hoặc nhiều xương ở cánh tay (xương cánh tay, xương quay, xương trụ)
- Xương bàn tay/ Xương ngón tay / Xương bàn chân / Xương ngón tay cái/ Xương ngón chân / Xương mũi

Phông

- Phông độ 3 (ít nhất 20% diện tích da cơ thể) Phông độ 3 (ít nhất 15% diện tích da cơ thể)
- Phông độ 3 (ít nhất 9% diện tích da cơ thể) Phông độ 2 (ít nhất 20% diện tích da cơ thể)

Lưu ý: Các chứng từ yêu cầu nộp kèm bên trên là các giấy tờ cần thiết cho việc thẩm định giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Quý khách có thể được yêu cầu bổ sung thêm thông tin trong thời gian Prudential thẩm định hồ sơ.

5. Nếu do tai nạn, tóm tắt diễn biến và địa điểm xảy ra tai nạn:

Ngày xảy ra tai nạn:.....

6. Nghề nghiệp và nơi làm việc trước khi xảy ra SKBH:

Ngày làm việc cuối:.....

7. Quá trình điều trị tại cơ sở y tế:

- Có (ghi rõ theo yêu cầu bên dưới)
- Không (bổ sung Tường trình tình huống tử vong có xác nhận của chính quyền địa phương trong trường hợp tử vong)

| Tên bệnh viện/ bác sĩ | Chẩn đoán | Thời gian |
|-----------------------|-----------|-----------|
| | | |
| | | |

8. Vui lòng cung cấp các thông tin dưới đây nếu người xảy ra sự kiện bảo hiểm cũng tham gia hợp đồng bảo hiểm nhân thọ với công ty khác:

Tên công ty bảo hiểm:

Số hợp đồng bảo hiểm:..... Mệnh giá bảo hiểm:.....

Phương thức thanh toán: (Vui lòng sử dụng CMND còn trong hạn sử dụng 15 năm kể từ ngày cấp khi nhận tiền)

Chuyển đóng phí cho hợp đồng Bên mua bảo hiểm

Nhận tiền qua Ngân hàng:

Tên NH:Chi nhánh: Tỉnh /TP:

Địa chỉ NH:

| | |
|--|--|
| <i>Chuyển vào tài khoản (chỉ áp dụng nếu tài khoản nhận tiền là tài khoản của người nhận quyền lợi bảo hiểm)</i> | <i>Nhận tiền mặt tại NH Agribank hoặc Vietcombank bằng CMND (chỉ áp dụng nếu số CMND là của người nhận quyền lợi bảo hiểm)</i> |
| Số TK: | Họ tên người nhận tiền: |
| Tên chủ TK: | CMND số: |
| CMND số: | Ngày cấp: Nơi cấp: |

Nhận tiền mặt tại Văn phòng Prudential tỉnh /thành phố.....

Lưu ý: chỉ áp dụng cho số tiền chi trả tối đa 150 triệu đồng.

Hoàn trả tạm ứng cho hợp đồng Bên mua bảo hiểm.....

Cam kết:

Tôi xin cam đoan những điều nêu trên là hoàn toàn đúng sự thật và chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính xác thực của những thông tin này.

Ngày/...../.....

.....

(Ký và ghi rõ họ tên)